

申請日期： 年 月 日

壹、服務使用者基本資料	姓名	年齡	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出生日期	年 月 日	身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶
	聯絡電話	手冊/證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____	
	居住地址			
	是否聘請看護	<input type="checkbox"/> 是(<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 申請中(<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍)		
	主要聯絡人姓名	與服務使用者關係		
	聯絡電話	手機		
	居住地址			
貳、健康狀況	意識狀況	<input type="checkbox"/> 1. 清醒 <input type="checkbox"/> 2. 嗜睡 <input type="checkbox"/> 3. 昏迷 <input type="checkbox"/> 4. 混亂 <input type="checkbox"/> 5. 其他：_____		
	疾病史	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 心臟病 <input type="checkbox"/> 3. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 4. 高血壓 <input type="checkbox"/> 5. 中風 <input type="checkbox"/> 6. 氣喘 <input type="checkbox"/> 7. 其他：_____ <input type="checkbox"/> 8. 曾經有動過手術：_____ (註明手術時間與手術名稱)		
	管路	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有： (1) <input type="checkbox"/> 鼻胃管(2) <input type="checkbox"/> 尿管(3) <input type="checkbox"/> 氣切管(4) <input type="checkbox"/> 裝置節律器(5) <input type="checkbox"/> 其他_____		
	呼吸狀況	<input type="checkbox"/> 1. 不需使用氧氣 <input type="checkbox"/> 2. 使用氧氣(1. <input type="checkbox"/> 可暫時移除氧氣 2. <input type="checkbox"/> 無法移除氧氣) 使用氧氣類型 1. <input type="checkbox"/> 鼻導管 2. <input type="checkbox"/> 氧氣罩 3. <input type="checkbox"/> 其他_____		
	皮膚狀況	1. <input type="checkbox"/> 正常 2. <input type="checkbox"/> 異常 (1) <input type="checkbox"/> 過度乾燥有皮屑 (2) <input type="checkbox"/> 瘀青 (3) <input type="checkbox"/> 疹子 (4) <input type="checkbox"/> 傷口 (部位：_____大小：_____深度：_____) 類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：_____) (5) <input type="checkbox"/> 其他_____		
參、住家狀況	住屋形式	<input type="checkbox"/> 1. 公寓(居住樓層_____樓 <input type="checkbox"/> 有電梯 <input type="checkbox"/> 無電梯) <input type="checkbox"/> 2. 獨棟 <input type="checkbox"/> 3. 三合院 <input type="checkbox"/> 4. 其他_____		
	居住安排	<input type="checkbox"/> 1. 獨居 <input type="checkbox"/> 2. 固定與家屬同住(<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 其他_____) <input type="checkbox"/> 3. 輪流與家屬同住		